



**Traduction du Working Alliance Inventory (WAI)
version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une
traduction aller-retour et d'une méthode de consensus
Delph**

Yohann Alix

► To cite this version:

Yohann Alix. Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01251970

HAL Id: dumas-01251970

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251970>

Submitted on 10 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0
International License

UNIVERSITÉ DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

ANNÉE 2015

N°

THÈSE D'EXERCICE DE DOCTORAT EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Monsieur ALIX Yohann

Né le 04 Octobre 1987, à Morlaix (29)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Avril 2015

**Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version
thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction
aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi**

Président : Monsieur le Professeur Christian BERTHOU

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Monsieur le Docteur Jeremy DERRIENNIC

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST

DOYENS HONORAIRES:

Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMÉRITES

CENAC Arnaud

Médecine Interne

LEHN Pierre

Biologie Cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

SENECAIL Bernard

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEROYER Christophe	Pneumologie

LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire

COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HUET Olivier	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale / Médecine d'urgence
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALERI Antoine	Urologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS – PRATICIEN LIBÉRAL

LE RESTE Jean Yves

Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS A MI-TEMPS

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS – LRU

BORDRON Anne

Biochimie et biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

AMET Yolande

Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude

Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABGRALL Ronan

Biophysique et Médecine nucléaire

DELLUC Aurélien

Médecine interne

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

LE GAC Gérard

Génétique

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Médecine & biologie du développement
et de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie; Hygiène
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

CORNEC Divi	Rhumatologie
LE GAL Solène	Parasitologie et Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES – CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie
----------------	-------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
BARAIS Marie	Médecine Générale

CHIRON Benoît	Médecine Générale
---------------	-------------------

NABBE Patrice	Médecine Générale
---------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BERNARD Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire
------------------	-----------------------------------

FAYAD Hadi	Génie informatique, automatique et traitement du signal
------------	---

HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
-----------------	--------------------------

LANCIEN Frédéric	Physiologie
------------------	-------------

LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
-----------------	---------------------

MORIN Vincent	Electronique et Informatique
---------------	------------------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - LRU

BALEZ Ralph	Physiologie sociale
-------------	---------------------

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
-------------	----------

RIOU Morgan	Anglais
-------------	---------

Table des matières

Table des matières.....	9
Serment d'Hippocrate.....	11
Remerciements.....	12
Résumé.....	13
Abstract.....	14
Introduction.....	15
Contexte général.....	15
Justification de l'étude.....	16
Objectif de recherche.....	17
Méthodologie.....	18
Choix de la méthode.....	18
Traduction aller.....	18
Panel d'experts.....	18
Ronde Delphi.....	19
Traduction retour et accord de l'auteur.....	19
Résultats.....	21
Traduction aller.....	21
Panel d'experts.....	26
Ronde Delphi.....	26
Traduction retour et accord de l'auteur.....	31
Discussion.....	37
Principaux résultats.....	37
Implications pratiques.....	37
Limites et biais.....	37
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	40
Annexes.....	44
Le WAI.....	44
Description du WAI.....	44
Méthode d'élaboration du WAI.....	45
Version originale du WAI.....	46
Traduction française finale du WAI.....	51

Généalogie du concept de l'alliance thérapeutique.....	56
Courriel d'invitation aux experts.....	58
Courriel d'invitation aux experts tour n°1.....	59
Questionnaires ronde Delphi n°1.....	60
Courriel d'invitation aux experts tour n°2.....	66
Questionnaires ronde Delphi n°2.....	67
Copie courriel Pr Horvath.....	71
Autorisation d'imprimer.....	72

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A monsieur le professeur Jean-Yves LE RESTE,

Merci pour tes conseils avisés tout au long de ce travail, ainsi que pour ta disponibilité.

A monsieur le professeur Christian BERTHOU,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le docteur Jeremy DERRIENNIC,

Merci de me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

Au groupe de thèse,

Merci pour ces échanges, cette entraide et les bons moments partagés.

A tous les membres du panel d'experts, à Alex Gillman, à Marie-Hélène, à Peter, à Laurence,

Merci beaucoup pour votre participation.

A tous les soignants et les soignés rencontrés durant mes études médicales.

A chacun de mes fabuleux amis.

A mes chers parents, à mes grands frères Eric et Ronan, à Maryvonne, à cousin Erwin, à mes grands-parents et à toute ma famille.

Introduction : L'alliance thérapeutique (AT) est une réponse pertinente aux problèmes d'observance thérapeutique et au manque d'information exprimé par les patients. Un groupe de recherche de la faculté de médecine de Brest travaille à l'obtention d'un outil de formation à l'AT pour ses étudiants. Une revue systématique de la littérature et une RAND/UCLA Appropriateness Method ont déterminé le Working Alliance Inventory (WAI) comme échelle la plus appropriée pour évaluer l'AT (selon sa reproductibilité et sa fiabilité). L'objectif de l'étude était de traduire en français la version thérapeute du WAI suivant une méthode référencée et validée.

Méthode : Un groupe de recherche associant thérapeutes et personnes bilingues produisait une traduction aller. Elle ne devait pas être littérale, mais orientée pour la formation de thérapeutes somatiques et adaptée au contexte socio-culturel français. Une méthode de consensus Delphi était appliquée pour garantir la transférabilité des qualités de l'outil. Les experts étaient des médecins pédagogues du centre hospitalo-universitaire de Brest, maîtrisant l'anglais. Après consensus, un traducteur professionnel réalisait une traduction retour pour s'assurer de l'équivalence linguistique. L'accord de l'auteur original du WAI était demandé.

Résultats : Une traduction aller adaptée a été réalisée. Neuf Experts ont participé à la méthode Delphi. Un consensus final a été atteint à la fin du 2^{ème} tour. La traduction retour en anglais a été produite par un traducteur professionnel.

Conclusion : Une traduction française de la version thérapeute du WAI selon une méthode validée est désormais disponible. Elle peut être utilisée comme instrument pédagogique pour la sensibilisation et la formation des étudiants en médecine à l'AT.

Background : The therapeutic alliance (TA) is a pertinent response to patients' treatment adherence issues and to the lack of information they formulate. A research group from Brest medical school is working on a TA training tool for its students. A systematic literature review and a RAND/UCLA Appropriateness Method identified the Working Alliance Inventory (WAI) as the most appropriate scale to evaluate the TA (according to its reproducibility and reliability). The purpose of the study was to translate into French the WAI's therapist version using a validated and referenced method.

Method : A research group composed of therapists and bilingual experts produced a forward translation. The aim was to adjust it according to somatic therapist's training and adapt to the French socio-cultural context. A Delphi consensus method was used to ensure the transferability of the scale's properties. The experts were physicians from the Brest university hospital, involved in medical teaching, and fluent in English. After achieving a consensus, a professional translator finalized a back-translation, to assess the linguistic equivalence. The original author's agreement was requested.

Results : 9 Experts took part in the Delphi method. An adapted forward translation was achieved. A final consensus was reached at the end of the 2nd round. The back-translation was carried out by a professional translator.

Conclusion : A French translation of WAI's therapist version was obtained following a well-established method. It is usable as a TA awareness and training tool for medical students.

Introduction

Contexte général

Une définition française de l'alliance thérapeutique (AT) est la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans le but d'accomplir les objectifs fixés. (1)

En addition, les différentes théorisations de l'alliance ont trois thèmes communs :

- la nature collaborative de la relation, avec une participation active du patient
- le lien affectif entre le patient et le thérapeute, avec une relation décrite comme empathique, authentique et chaleureuse
- la capacité du patient et du thérapeute à s'accorder sur les objectifs et les moyens du traitement, en lien avec la capacité de négociation du thérapeute. (2)

Cette notion a été initialement évoquée comme facteur nécessaire au processus thérapeutique analytique par Freud en 1912, puis a été développée en tant que telle par de nombreux auteurs à partir des années 1960. (3)

Parallèlement à l'émergence de ce concept, des outils d'évaluation de la qualité de l'AT ont été créés et validés. Plus d'une trentaine d'outils entre 1962 et 2007 ont été proposés. Ils reposaient chacun sur des définitions et des conceptualisations qui pouvaient varier. (4) (cf. annexe : généalogie du concept d'alliance thérapeutique)

Ils ont permis la réalisation d'études scientifiques. Certaines mesuraient la corrélation entre la qualité de l'alliance et les bénéfices thérapeutiques de la psychothérapie. D'autres exploraient les composantes de l'AT, ses déterminants, ses liens avec les caractéristiques du soignant et du soigné. (5)

Un intérêt croissant a été porté à l'AT ces dernières années pour trois principales raisons :

- les chercheurs en psychothérapie (d'orientations théoriques différentes) trouvaient une relation constante entre la qualité de l'alliance et les résultats de la thérapie. (2)
- ils étaient dans l'incapacité de trouver une différence reproductible d'efficacité entre les différents types de thérapie. (2)
- une revue des études portant sur les différentes techniques en psychothérapie a montré que le meilleur facteur prédictif des effets thérapeutiques était l'alliance

thérapeutique. (6)

Son efficacité au cours des interventions thérapeutiques s'étend au-delà des psychothérapies :

- en 1997, Weiss a montré une corrélation entre la qualité de l'alliance et l'amélioration des signes dépressifs au cours d'une pharmacothérapie. (7)
- en 1996, Krupnick a montré cette même corrélation, quel que soit la thérapie (pharmacothérapie par imipramine, ou par placebo, psychothérapie interpersonnelle, TCC) (8)

Justification de l'étude

L'évolution sociale récente dans les pays occidentaux a des conséquences importantes dans le domaine médical. La relation médecin-patient est en train d'évoluer du modèle paternaliste vers le modèle de la décision partagée. (9) Du point de vue des patients, leur satisfaction globale des soins est corrélée positivement à la valeur de l'AT. (10,11)

L'AT est essentielle dans l'amélioration d'un des problèmes majeurs dans les enjeux de santé mondiale : l'observance thérapeutique. En 2003 l'OMS a déclaré qu'« optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments ». (12) De nombreuses études ont montré une corrélation positive entre la qualité de l'alliance et l'adhésion au traitement médicamenteux. (10,11,13,14)

L'alliance thérapeutique est une compétence importante à acquérir pour les soignants, tant au plan somatique qu'au plan psychologique. Elle rentre dans le cadre des caractéristiques de la médecine générale et de la description des compétences fondamentales du médecin généraliste, telles que définies en 2002 par la WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Une caractéristique de la discipline est l'utilisation d'un « mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Une des compétences de base est relative aux « soins centrés sur la personne », avec les « capacités à communiquer, définir des priorités et travailler en partenariat, adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes en tenant compte du contexte personnel du patient ». (15)

Objectif de recherche

Un projet de recherche sur l'AT est né en 2012 à la faculté de médecine de Brest, à l'initiative du doyen et du département de médecine générale. Un de ses objectifs est l'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'AT par les pédagogues de la faculté. Celui-ci sera appliqué au cours de la formation initiale des étudiants en médecine. Il permettra de les sensibiliser à ce sujet et d'améliorer l'observance thérapeutique de leur patient dans leur futur exercice. Ces travaux seront exploitables pour des études plus approfondies sur une définition de l'alliance, ses caractéristiques, ses déterminants, et l'efficacité de formations s'y rapportant.

En Septembre 2013, l'équipe de recherche a réalisé une revue de la littérature sur les moyens d'évaluations de l'AT par des outils de mesure fiables et reproductibles. 6 instruments d'évaluations validés, utilisés en pratique courante et applicables au projet ont été sélectionnés. (16).

En Septembre 2014, la sélection de l'échelle avec la meilleure validité interne (reproductibilité) et externe (fiabilité) a été finalisée. Elle s'est déroulée selon une méthode de consensus RAND/UCLA Appropriateness Method avec huit experts universitaires. Le WAI était l'outil consensuel le plus adapté pour évaluer l'AT chez l'adulte. (17) (cf. annexes Le WAI : description, méthode d'élaboration, échelle originale)

Il fallait ensuite réaliser une traduction selon une méthode référencée et validée pour certifier une transférabilité des qualités de l'échelle. Il s'agissait également d'adapter l'échelle au contexte socio-culturel français et pour une utilisation par les étudiants en médecine en formation.

L'objectif de l'article était la traduction d'anglais en français de la version soignant de l'échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique WAI, selon une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi, avec des experts pédagogues bilingues.

Choix de la méthode

Une traduction aller-retour Anglais-Français a été choisie pour assurer une bonne équivalence linguistique. Une méthode de consensus a été associée pour garantir l'adaptation culturelle et le maintien des valeurs de validité de l'outil. Une méthode de consensus Delphi était la plus adaptée pour l'étude. Elle relève d'une approche systématique et structurée, incluant des procédures itératives. Elle peut être conduite de manière rapide et peu coûteuse. Elle permettait d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts, de manière anonyme et sans effet « leader d'opinion ». (18–21) L'ensemble de la méthodologie est résumée dans la figure 1.

Traduction aller

Un groupe de recherche de la faculté de médecine de Brest sur l'alliance thérapeutique devait traduire l'échelle de l'Anglais vers le Français. Il prenait en compte le contexte culturel et s'adaptait à l'utilisation auprès des étudiants en médecine lors de leur formation initiale. Il était composé de 5 internes en médecine générale en cours d'élaboration de thèse, d'un médecin professeur des universités, et de deux personnes bilingues nées en France. (22–29)

Panel d'experts

Les experts étaient sélectionnés pour : leur expérience de la médecine et de l'AT, la connaissance de la fonction des étudiants en médecine et l'implication dans leur formation, leur maîtrise de l'anglais, leur connaissance du contexte socio-culturel.

Ils ont été recrutés au sein du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Brest suivant deux catégories : des médecins pédagogues universitaires ayant publié des articles scientifiques en anglais, et des internes en médecine à qui il était demandé leur niveau en Anglais. Leur langue maternelle devait être le Français. Les autres informations recensées étaient : l'âge, le sexe, la spécialité médicale, le nombre d'années de pratique. Leur accord pour participer à l'étude était recueilli par courriel.

Ronde Delphi

Les versions anglaise et française étaient envoyées individuellement par courriel aux experts (pas d'utilisation de « mailing list » pour garantir l'anonymat entre les experts). Chaque item de la version anglaise était associé à sa traduction française.

Il était demandé à chaque expert d'évaluer l'équivalence des traductions via une échelle de Likert. La cotation de cette échelle s'étendait de 1 (désaccord total) à 9 (accord total). Pour chaque score inférieur à 7 ils devaient indiquer leurs remarques et opinions.

Le consensus était atteint lorsqu'au moins 70% des participants évaluaient l'équivalence à un score supérieur ou égal à 7.

Entre chaque tour, les discordances étaient prises en compte. Les suggestions des experts étaient intégrées dans l'évolution de la traduction, avant de soumettre la nouvelle version. Le processus était ainsi poursuivi jusqu'à l'atteinte d'un consensus final. (30–35)

Traduction retour et accord de l'auteur

La traduction consensuelle était ensuite soumise à un traducteur professionnel pour une traduction retour en Anglais. Le traducteur n'avait pas connaissance de la version originale et n'était pas formé au sujet de l'étude. Sa langue maternelle était l'anglais.

La version originale, la version traduite en français, et la traduction retour en anglais étaient envoyées par courriel à l'auteur pour recevoir son approbation.

Figure 1 : Méthodologie résumée de l'étude



Résultats

Traduction aller

Le groupe de recherche a produit une première traduction de l'échelle. Elle est présentée dans la figure 2. Des adaptations ont été faites pour pouvoir utiliser cet outil dans la formation des étudiants en médecine et dans tous les domaines de la médecine. Le contexte socio-culturel français a été pris en compte. La traduction n'était donc pas littérale (par exemple : « in therapy » par « dans les soins », « sessions » par « consultations » « client » par « patient »).

Figure 2 : Traduction aller du WAI

Working Alliance Inventory

Formulaire T

Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « **toujours** », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « **jamais** », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL** ; le patient ne verra pas vos réponses.
Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.
(N'OUBLIEZ PAS DE REpondre A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAÎT)

Merci pour votre participation

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. J'ai quelques inquiétudes au sujet des résultats des consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Je crois que _____ m'apprécie.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations avec _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas optimisé.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Je sais clairement ce que j'attends que _____ fasse durant les consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. _____ et moi nous nous respectons.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

21. J'ai confiance en mes capacités à aider _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

23. J'apprécie _____ en tant que personne.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

25. Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. _____ et moi avons des conceptions différentes sur ce que sont ses véritables problèmes.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Notre relation est importante pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. _____ est frustré par ce que je lui demande de faire pendant les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. _____ ne sait pas à quoi s'attendre comme résultat des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

35. _____ croit que la manière que nous avons de nous occuper de son problème est satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

36. Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

GRILLE DE COTATION POUR LE WAI

(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note : les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle « TACHE » 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Signe + + - - + - + + + - - +

Echelle « LIEN » 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

Signe - + + + + - + + + + - +

Echelle « OBJECTIF » 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Signe - + - - - + + + - + + -

Panel d'experts

Dix experts ont été sélectionnés au CHU de Brest. Leur accord de participation à l'étude a été recueilli (cf. annexes). Neuf des dix experts ont répondu aux questionnaires. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des experts

	Titre	Spécialité	Nombre d'années de pratique	Âge (en années)	Sexe	Nombre de publications en Anglais / Français	Niveau d'Anglais lu-écrit-parlé
Expert 1	PU-PH	Hématologie	30	60	M	130 / 58	-
Expert 2	PU-PL	Médecine générale	23	50	M	12 / 20	-
Expert 3	MCU-PH	Rhumatologie	3	32	M	28 / 16	-
Expert 4	CCU	Pédiatrie	4	35	M	7 / 0	-
Expert 5	PH, ancien CCU	Psychiatrie	5	36	M	3 / 14	-
Expert 6	Interne	Médecine générale	TCEM 3	27	F	-	Courant
Expert 7	Interne	Cardiologie	TCEM 3	27	M	-	Courant
Expert 8	Interne	Médecine générale	TCEM 3	28	F	-	Courant
Expert 9	Interne	Psychiatrie	TCEM 3	28	F	-	Courant

Légende : CCU : chef de clinique des universités, MCU : maître de conférence des universités, PH : praticien hospitalier, PL : praticien libéral, PU : professeur des universités, TCEM 3 : 3^è année du troisième cycle d'études médicales

Ronde Delphi

Le premier questionnaire a été envoyé le 20 Octobre 2014. Il était demandé aux experts d'évaluer la première traduction du WAI et de renseigner leurs caractéristiques (cf. annexes). Des relances ont été envoyées le 30 Octobre le 19 Novembre 2014. Les réponses se sont étalées entre le 20 Octobre et le 24 Décembre 2014. Elles sont exposées dans le tableau II. Le consensus a été atteint pour 26 des 36 items et pour les instructions et la grille de cotation.

Tableau II : Commentaires et notes des experts, 1^{er} tour

Note de l'expert 1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7	
Item instruction						2	1	2	4	77,78
Commentaire(s)	- "neither your therapist nor the agency will see your answers" devient « le patient ne verra pas vos réponses » ? - "En lisant" au lieu de "pendant que vous lisez" me semble plus correcte									
Item 1								1	8	100
Commentaire(s)										
Item 2						2	1	3	3	77,78
Commentaire(s)	- J'aurai remplacé « situation » par « prise en charge » - et je suis d'accord sur les étapes à suivre									
Item 3						4	2	2	1	55,56
Commentaire(s)	- "de ces consultations" plutôt que "des consultations" et doute sur une traduction trop littérale de "outcome" par "résultats" --> "ce qui ressort/résulte de" ? - these sessions veut dire de ces consultations - "Du" et non "des" résultats? Résultat est- il le terme adéquat? Plus que le résultat (résultat comme un résultat attendu et déjà connu), ça n'est pas l'issue ou le dénouement des consultations qui est en question. Mais ni l'un ni l'autre des deux termes ne semble convenir. - quelques incertitudes									
Item 4				1		1	3	2	2	77,78
Commentaire(s)	- modification du sens de "confident" et manque de fluidité concernant "ce que nous faisons actuellement dans les soins" : "confiants quant à l'utilité des soins que nous menons actuellement"? - Mon patient et moi-même sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons dans le programme de soins									
Item 5						1		1	7	88,89
Commentaire(s)	- de réellement bien comprendre									
Item 6							1	1	7	100
Commentaire(s)										
Item 7						2	2	2	3	77,78
Commentaire(s)	- "ce que nous faisons dans les soins" ne me paraît pas très naturel/fluide à lire en français. "les soins que nous menons"? - trouve peu clair ce que nous faisons dans le programme de soins									
Item 8						1		2	6	88,89
Commentaire(s)	- je crois qu'il m'apprécie									
Item 9					1	3		1	4	55,56
Commentaire(s)	- "avec" me semble changer le sens de la phrase puisque dans la version anglaise le médecin semble faire le travail de clarification pour son patient alors que la version française paraît plus "participative" --> s'en tenir à "pour" ou "auprès de"? - Je me pose la question de savoir si le thérapeute ne veut pas dire qu'il a le sentiment qu'il faut qu'il éclaire les objectifs POUR son patient (car celui-ci ne comprends pas ou les binôme va...) d'où l'utilisation de for et non de with. - Pour ou avec? - Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations dans l'objectif de									
Item 10								2	7	100
Commentaire(s)										
Item 11					1	2	1	4	1	66,67
Commentaire(s)	- n'est pas efficace ? - n'est pas efficace à la place de n'est pas optimisé - « efficace » ou « efficient » plutôt que optimisé ?									
Item 12						1		2	6	88,89
Commentaire(s)	- lire "lors des soins" m'évoque davantage le moment précis de leur délivrance que le processus global de "therapy" --> "à travers les soins"?									
Item 13						1	1	2	5	88,89
Commentaire(s)	- «à propos des » au lieu de « sur ce que sont les » ?									
Item 14									9	100
Commentaire(s)										

Item 15					1	1		3	4	
Commentaire(s)	- toujours le même doute concernant le manque de fluidité de "ce que nous faisons dans les soins" --> "je trouve que les soins que ... et moi menons ne correspondent pas à/ne sont pas en rapport avec ses préoccupations actuelles." - Je trouve que ce que ... nous faisons dans le programme de soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.									77,78
Item 16					1	1		3	4	
Commentaire(s)	- modification du sens de "confident" --> "je suis confiant quant au fait que nos soins aideront..." - Je suis convaincu que ce que nous faisons dans le programme de soins l'aidera à accomplir les changements qu'il/elle désire									77,78
Item 17					1	1	1	2	4	
Commentaire(s)	- " je me préoccupe sincèrement du"? // impliqué ? inquiet ? (concerned)									77,78
Item 18						3	1	1	4	
Commentaire(s)	- simplifier en "ce que j'attends de... durant les consultations"? - je sais clairement quelle action j'attends de _____ pendant Ces consultations ? - J'identifie précisément ce que j'attends que fasse durant les consultations.									66,67
Item 19				1		2	1	2	4	
Commentaire(s)	- un "nous" en trop car "... et moi" constitue déjà un sujet... Sinon mettre une virgule après "moi" - et nous nous respectons - _____ et moi nous respectons mutuellement									66,67
Item 20						2		1	6	
Commentaire(s)	- sentiments ? mon ressenti ? - "sentiment" est un mot fort et je ne sais pas si c'est ce que veut réellement exprimer "feelings". Traduction plutôt par "ressenti" ?									77,78
Item 21								2	7	
Commentaire(s)										100
Item 22				1		3	1	2	2	
Commentaire(s)	- nous travaillons pour définir des objectifs communs - nous travaillons ensemble sur les objectifs - Nous travaillons "à" un accord commun "a propos" des objectifs des consultations ? - Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs à atteindre									55,56
Item 23									9	
Commentaire(s)										100
Item 24						2	2	3	2	
Commentaire(s)	- ...d'important à travailler pour - Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important ... pour le travail à poursuivre									77,78
Item 25								3	6	
Commentaire(s)										100
Item 26						1	1	1	6	
Commentaire(s)	- et nous avons construit une confiance mutuelle									88,89
Item 27						3		2	4	
Commentaire(s)	- plutôt opinions ? - "Des conceptions différentes de..." ou "des idées différentes sur"? - ...une conception différente de ce que sont ses véritables problèmes?									66,67
Item 28								1	8	
Commentaire(s)										100
Item 29						1	1	3	4	
Commentaire(s)	- ajout elle									88,89
Item 30						1	1	2	5	
Commentaire(s)	- pour établir plutôt que à établir									88,89
Item 31				1		3	1	1	3	
Commentaire(s)	- déçu plutôt que frustré ? - pendant les soins : "pour se traiter ?" "pour se soigner" ? le mot soin porte à confusion ici, il me fait penser au comportement du patient pendant des soins infirmiers. Tandis que le mot "therapy" fait plus référence au traitement en général - "frustré"/"faire pendant les soins" a une connotation sexuelle. est déçu par ce que je lui demande de faire pour sa santé - est frustré par ce que je lui demande de réaliser pendant son programme de soins									55,56

Item 32						1	2	2	4	88,89
Commentaire(s)	- nous avons développé ensemble une bonne compréhension									
Item 33							1	3	5	100
Commentaire(s)										
Item 34						3	1	2	3	66,67
Commentaire(s)	- "ne sait pas quel résultat attendre des soins"? - ne sait pas quels résultats attendre des soins. - ne sait pas qu'attendre comme résultat de son programme de soins									
Item 35						3	1	1	4	66,67
Commentaire(s)	- "la manière dont nous nous occupons"? - croit que la manière selon laquelle nous travaillons ensemble est satisfaisante - croit que la manière dont nous nous occupons de son problème									
Item 36								1	8	100
Commentaire(s)										
Item cotation						1		1	7	88,89
Commentaire(s)	- être notés suivant un ordre inversé. -> « Cotés de façon inverse ? »									

Les dix items non validés par consensus ont été retravaillés en groupe. Les commentaires des experts ont été pris en compte. Les nouvelles propositions sont exposées dans la figure 3.

Figure 3 : 2^{ème} proposition de traduction des 10 items du WAI non validés au 1^{er} tour

3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. _____ et moi nous respectons mutuellement.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Le deuxième questionnaire a été envoyé le 26 Janvier 2015 (cf. annexes). Il était demandé aux experts d'évaluer les dix nouvelles propositions de traduction. Une relance a été envoyée le 17 février 2015. Les réponses se sont étalées entre le 26 Janvier et le 26 Février 2015. Elles sont exposées dans le tableau III. Le consensus a été atteint pour les dix items restants.

Tableau III : Commentaires et notes des experts, 2ème tour

Note de l'expert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
Item 3							1	6	2	100
Commentaire(s)										
Item 9						1		5	3	88,89
Commentaire(s)	- Il me semblerait important d'éclaircir le but des consultations pour la suite des soins.									
Item 11							1	3	5	100
Commentaire(s)										
Item 18						2	1	2	4	77,78
Commentaire(s)	- To do ne signifie pas forcément « participer » ? La première traduction me semblait plus proche - Pour moi formule trop compliquée et « quelle participation » ne veut pas dire grand-chose.. « Je sais clairement ce que j'attends de ... durant ces consultations.									
Item 19			1					1	7	88,89
Commentaire(s)	- et moi nous nous respectons mutuellement									
Item 22						1	3	3	2	88,89
Commentaire(s)	- Cette seconde traduction ne correspond pas à la version anglaise car je n'ai pas l'impression que dans la phrase le médecin évoque des objectifs déjà convenus mais plutôt sur des objectifs à atteindre.									
Item 27						1	3	1	4	88,89
Commentaire(s)	- Le médecin n'est pas d'accord avec le patient sur ce que sont ces vrais problèmes, et non sur la nature de ces problèmes... On ne respecte pas le sens initial de la phrase à mon sens. Avant de discuter le pourquoi des pb il faut être d'accord sur « les pb » !									
Item 31							1	4	4	100
Commentaire(s)										
Item 34								1	8	100
Commentaire(s)										
Item 35								2	7	100
Commentaire(s)										

Traduction retour et accord de l'auteur

La traduction retour en anglais a été réalisée par un traducteur professionnel. Elle est présentée en figure 4.

L'accord de l'auteur original de l'outil (le Pr Horvath) a été demandé à trois reprises par courriel (cf. annexes). Aucune réponse n'a été reçue.

Figure 4 : Traduction retour en anglais du WAI

Working Alliance Inventory Form T Instructions

On the following pages you will find sentences which describe some of the different ways in which someone may think or feel about his/her patient. As you read them, mentally fill in the blank in the text with the name of your patient.

Below each of the statements there is a 7-point scale:

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

If the statement describes the way you '**always**' think or feel, circle the number 7; if this is '**never**' the case, circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is **CONFIDENTIAL**; the patient will not see your responses.
Work through this rapidly. Your first impressions are the ones we wish to obtain.
(PLEASE BE SURE TO RESPOND TO **EVERY** ITEM)
Thank you for your cooperation.

1. I feel uncomfortable with _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
2. _____ and I agree on the steps to take in order to improve his condition.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
3. I have some concerns about the result of these consultations.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
4. My patient and I are both confident about the value of our current treatment.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
5. I feel that I really understand _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
6. _____ and I have a shared perception of his/her goals.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
7. _____ finds the treatment confusing.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
8. I feel valued by _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	1 Never
9. I feel the need to clarify the aim of our consultations with _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
10. I have some disagreements with _____ regarding the goals of these consultations.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
11. I believe that the time _____ and I spend together is not used efficiently.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
12. I have doubts about what we are trying to accomplish in the treatment.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	

13. I am clear and explicit about _____'s specific responsibilities in the treatment.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
14. The current goals of these consultations are important for _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
15. I am finding that the treatment _____ and I are working on bears no relation to his/her current concerns.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	1 Never
16. I am sure that what we are doing in terms of treatment will help _____ to achieve the changes he/she wants.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
17. I am genuinely concerned about _____'s well-being.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
18. I am clear about the contribution I expect from _____ during these consultations.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
19. _____ and I respect each other.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
20. I sense that I am not being totally honest regarding my feelings towards _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
21. I am confident that I am able to help _____.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
22. We are working to achieve jointly agreed goals.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	
23. I have a high regard for _____ as a person.							
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always	

24. We agree about what is important for _____ to work on.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
25. After these consultations, _____ has a clearer understanding of how he/she could make changes.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
26. _____ and I have established mutual trust.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
27. _____ and I do not agree on the nature of his/her problems.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
28. Our relationship is important for _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
29. _____ is afraid that if he/she says or does something wrong, I will stop working with him/her.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
30. _____ and I have worked together to set goals in these consultations.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
31. _____ is unhappy about what I ask him/her to do to look after himself/herself.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
32. We have developed a good understanding between us of the type of changes which would be beneficial for _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
33. What we are doing in terms of treatment does not make much sense to _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
34. _____ does not know what results to expect from this treatment.						

1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
------------	-------------	-------------------	----------------	------------	-----------------	-------------

35. _____ feels that the way we are dealing with his/her problem is appropriate.

1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
------------	-------------	-------------------	----------------	------------	-----------------	-------------

36. I respect _____ even when he/she does things I disapprove of.

1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
------------	-------------	-------------------	----------------	------------	-----------------	-------------

SCORING GRID FOR THE WAI

(Revised version of the doctor and patient forms)

Note: items with a minus sign (-) must be reverse scored.

'TASK' Scale 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Score value + + - - + - + + + - - +

'RELATIONSHIP' Scale 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

Score value - + + + + - + + + + - +

'GOAL' Scale 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Score value - + - - - + + + - + + -

Discussion

Principaux résultats

Une traduction française valide du WAI version thérapeute a été réalisée (cf. annexe : traduction française finale du WAI). Une revue de la littérature indiquait l'absence de traduction française selon une méthode référencée de la version sélectionnée. Elle a été adaptée pour une utilisation dans la formation initiale des étudiants en médecine et un élargissement à tous les domaines de la médecine (et non seulement la psychothérapie et psychiatrie).

La méthodologie par traduction aller-retour et ronde Delphi a été respectée. La présentation des caractéristiques du panel d'expert montrait une bonne représentativité. La comparaison entre la version originale et la traduction retour ne révélait pas de discordance. Les différences retrouvées étaient expliquées par les adaptations effectuées. Ceci permet une transférabilité des qualités retrouvées dans la forme originale de l'outil.

Implications pratiques

Le résultat de l'étude sera utilisé en stage et travaux dirigés pour la sensibilisation et la formation à l'AT.

Il offre la possibilité de mesurer le niveau d'AT entre soignant et soigné pour d'autres recherches sur ce sujet. Plusieurs aspects de ce concept pourront ainsi être étudiés : ses composants exacts, ses déterminants, ses effets positifs et négatifs. L'efficacité des formations s'y rapportant sera également évaluable.

Limites et biais

Il n'y avait pas de biais d'information ni de biais d'investigation, le recueil de données s'étant déroulé par courriel et sans échange entre les experts. Il n'a pas été retrouvé de facteurs de confusion ni de biais d'interprétation. Un biais d'échantillonnage peut être discuté : le chercheur connaissait les experts, a participé à leur sélection et un expert sélectionné n'a pas répondu aux questionnaires. (36)

La méthode Delphi ne permet pas de débat ni de génération d'idée nouvelle (18) et le WAI a été développé dans le champ de la psychothérapie et psychiatrie. Une étude de recherche qualitative serait utile pour déterminer les items du WAI manquant ou en excès,

par rapport à l'application que nous souhaitons en faire. Une nouvelle validation des propriétés psychométriques de l'outil serait ensuite nécessaire. (22,26)

Le WAI existe sous trois versions : « therapist », « observer » et « client ». Notre choix s'est porté sur la version « therapist », pour son aspect plus pratique de réalisation dans notre projet (auto-questionnaire rempli par l'étudiant en médecine). Chacune des versions a démontré une bonne validité interne, mais une récente méta-analyse a révélé une corrélation à 0,36 entre les cotations des patients et des thérapeutes, soulignant le peu de convergence entre ces deux perspectives. (37) Ceci met en avant la différence de vécu de l'alliance du côté du soignant et du soigné. La traduction de la version « client » et/ou « observer » semble donc importante pour que le thérapeute ait un retour de l'expérience du soigné.

Conclusion

La communication avec le patient tient un rôle très important dans l'activité médicale. (38) Elle permet une anamnèse exhaustive, une transmission d'information optimisée, une compliance améliorée et une satisfaction aux soins plus importante. (39) Elle a également un propre effet thérapeutique et aide au processus général des soins. Une relation positive a été démontrée avec l'amélioration de paramètres psycho-sociaux (anxiété, dépression, qualité de vie...) et de mesures objectives (baisse de pression artérielle, baisse de glycémie, réduction de symptômes...). (40–42)

Ces résultats montrent qu'il est important pour les futurs professionnels de santé d'acquérir ces compétences. Les études médicales ont pendant longtemps enseigné les seules maladies, jusqu'à l'introduction en 1992 de sciences humaines et sociales en première année et puis, de façon encore trop limitée, dans les 2e et 3e cycles. Le programme de l'examen national classant validant le 2e cycle comprend parmi ses objectifs d'apprentissage la relation médecin-malade. (43)

Cet enseignement semble insuffisant car les patients se plaignent toujours de difficultés d'écoute et de communication (43). En 2005, une étude française a retrouvé une perte de sensibilité éthique chez les étudiants au cours de l'externat. (44) Une revue systématique de la littérature nord-américaine montre un déclin de l'empathie auto-perçue par les étudiants en médecine au cours de leur formation (externat et internat). (45)

La formation à l'AT est une solution proposée face à ce constat. Notre étude s'intègre dans un mouvement global de travail vers une amélioration des compétences de communication des professionnels de santé et vers une augmentation de l'observance thérapeutique des patients. Le résultat de notre travail est applicable pour la sensibilisation et la formation des étudiants en médecine à l'AT. Il est exploitable pour les plus amples travaux de recherche nécessaires à ce sujet.

Bibliographie

1. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy*. 2010;Vol. 49(4):317-26.
2. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438.
3. Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1167-87.
4. Lavanchy B. L'alliance thérapeutique à l'hôpital de jour de l'Élan retrouvé: présentation d'une étude clinique autour de la question de l'entrée des patients dans l'institution. Thèse med. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine; 2011.
5. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4):561.
6. Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. 1e éd. Mahwah (New Jersey): L. Erlbaum Associates; 2001.
7. Weiss M, Gaston L, Propst A, Wisebord S, Zicherman V. The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(5):196-204.
8. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(3):532-9.
9. Moujmid-Ferdjaoui N, Carrere MO. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *RF Aff Soc*. 2000;2(2):73-88.
10. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):29-36.
11. Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral Indices in Medical Care Outcome: The Working Alliance, Adherence, and Related Factors. *J Gen Intern Med*. 2009;24(1):80-5.
12. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
13. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr*. 2012;70(1):15-25.
14. Sylvia LG, Hay A, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, Nierenberg AA, Thase ME, et al. Association Between Therapeutic Alliance, Care Satisfaction, and Pharmacological Adherence in Bipolar Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33(3).
15. WONCA Europe. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*. Bruxelles: WONCA Europe; 2002.

16. Noël P-M. Revue systématique de la littérature sur les moyens d'évaluation de l'alliance thérapeutique par des outils de mesure fiables et reproductibles. Thèse d'exercice de médecine. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2013.
17. Letissier A. Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte, méthode de consensus par RAND/UCLA. Thèse d'exercice de médecine. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2014.
18. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer*. 2011;22(99):170-7.
19. Jones, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376-80.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
21. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2008;56(6):415-23.
22. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline: Validation of instruments or scales. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):268-74.
23. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. WHO. [cité 30 mai 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/#
24. Koller M, Aaronson NK, Blazeby J, Bottomley A, Dewolf L, Fayers P, et al. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer*. 2007;43(12):1810-20.
25. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value Health*. 2008;11(3):509-21.
26. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004;48(2):175-86.
27. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
28. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993;2(6):451-9.
29. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
30. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7(1):52.
31. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.

32. Falzarano M, Zipp GP. Seeking Consensus Through the Use of the Delphi Technique in Health Sciences Research. *J Allied Health*. 2013;42(2):99-105.
33. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manage*. 2004;42(1):15-29.
34. De Villiers MR, de Villiers PJT, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. 2005;27(7):639-43.
35. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003;41(4):376-82.
36. Frappe P. *Initiation à la recherche*. 1e éd. Paris: GM Santé; 2011.
37. Shick Tryon G, Collins Blackwell S, Felleman Hammel E. A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychother Res*. 2007;17(6):629-42.
38. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-7.
39. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27(3):237-51.
40. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357(9258):757-62.
41. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1995;152(9):1423-33.
42. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
43. Choutet P, Birmelé B. Malade : un métier ? Utilisateur ou acteur du système de santé ? *Revue D'éthique et de Théologie Morale*. 2006;n°239(2):105-16.
44. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3e et de 6e année en stage hospitalier en médecine interne. *Rev Médecine Interne*. 2005;26(2):128-36.
45. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents: *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009.
46. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol*. 1989;36(2):223-33.
47. Tichenor V, Hill CE. A comparison of six measures of working alliance. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1989;26(2):195-9.
48. Hanson WE, Curry KT, Bandalos DL. Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educ Psychol Meas*. 2002;62(4):659-73.

Le WAI

Description du WAI

Le WAI est une échelle de mesure de l'alliance thérapeutique développée (AT) entre 1981 et 1989 par A. Horvath. Il emploie une définition précise de l'AT fondée sur l'approche pan-théorique de Bordin (1975). Elle rassemble les conceptualisations de Greenson, Orlinsky et Howard, Rogers et Freud.

Il a été développé dans le but de s'appliquer aux différents types de psychothérapie et d'avoir une évaluation indépendante de l'orientation théorique des thérapeutes.

Il distingue trois axes principaux. Ils correspondent à trois sous échelles. La sous échelle « Bond » évalue le développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute, incluant confiance et respect mutuels. La sous échelle « Task » évalue la perception par chaque partenaire de la pertinence et de l'efficacité des tâches de la thérapie, ainsi que le partage d'une responsabilité dans leur exécution. La sous échelle « Goal » évalue la compréhension, validation et acceptation par les deux partenaires des objectifs de changement de la thérapie.

Le WAI fait partie des outils déclinés en trois versions. Les formes thérapeute et patient sont des auto-évaluations et permettent une évaluation simple et rapide. La troisième forme est complétée par un observateur extérieur (le plus souvent d'après vidéo, bandes sonores ou transcription).

Dans leur structure finale, ces formes contiennent toutes 36 items, avec 12 items pour chaque sous échelle.

Chaque item est noté sur une échelle de Likert de 1 (jamais) à 7 (toujours), certains avec une valence positive et d'autres une valence négative (voir cotation du WAI ci-dessous). Chaque sous échelle a un score total allant de 12 à 84. Elles peuvent être additionnées pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Plus le score est élevé plus le niveau d'alliance est élevé.

Méthode d'élaboration du WAI

Il était initialement basé sur un pool de 91 items (35 items de lien, 33 pour l'objectif, 23 pour les tâches) et une échelle de Likert à 5 points. Une première évaluation a été réalisée par 3 psychologues ayant des orientations théoriques différentes.

Puis 7 experts (c'est-à-dire ayant publié dans le domaine de l'AT) ont coté les items pour conserver les plus pertinents et noter à quelle sous échelle ils appartenaient. Cela a abouti à l'élimination de 21 items et la modification de 11 autres.

Ensuite 21 psychologues ont coté les 70 items restants menant à la conservation des 12 items les plus significatifs par sous-échelle, soit 36 items. Ils ont élaboré une version patient et thérapeute de l'échelle.

Une étude empirique a été menée sur 29 étudiants en programme de conseil psychologique, conduisant à quelques reformulations et la modification en échelle de Likert à 7 points. L'outil contenait 14 items formulés négativement et 22 positivement.

En 1989 Tracey & Kokotovic ont sélectionné les 12 items les plus significatifs du WAI par analyse factorielle pour en concevoir une version courte (Working Alliance Inventory Short Revised : WAI-SR).

De nombreuses recherches sur ses propriétés psychométriques ont retrouvé une bonne fiabilité et reproductibilité. C'est l'échelle la plus étudiée et la plus utilisée dans la mesure de l'AT. (2,46–48)

Working Alliance Inventory

Form T

Instructions

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her client

As you read the sentences mentally insert the name of your client in place of _____ in the text.

Below each statement inside there is a seven point scale:

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

If the statement describes the way you **always** feel (or think) circle the number 7; if it **never** applies to you circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is **CONFIDENTIAL**; neither your therapist nor the agency will see your answers.

Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.
(PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO ***EVERY*** ITEM.)

Thank you for your cooperation.

© A. O. Horvath, 1981, 1984.

1. I feel uncomfortable with _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
2. _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
3. I have some concerns about the outcome of these sessions.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
4. My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
5. I feel I really understand _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
6. _____ and I have a common perception of her/his goals..						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
7. _____ finds what we are doing in therapy confusing.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
8. I believe _____ likes me.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
9. I sense a need to clarify the purpose of our session(s) for _____.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
10. I have some disagreements with _____ about the goals of these sessions.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
11. I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
12. I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
13. I am clear and explicit about what _____'s responsibilities are in therapy.						
1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very often	7 Always
14. The current goals of these sessions are important for _____.						

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

15. I find what _____ and I are doing in therapy is unrelated to her/his current concerns.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

16. I feel confident that the things we do in therapy will help _____ to accomplish the changes that he/she desires.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

17. I am genuinely concerned for _____'s welfare.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

18. I am clear as to what I expect _____ to do in these sessions.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

19. _____ and I respect each other.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

20. I feel that I am not totally honest about my feelings toward _____.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

21. I am confident in my ability to help _____.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

22. We are working towards mutually agreed upon goals.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

23. I appreciate _____ as a person.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

24. We agree on what is important for _____ to work on.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

25. As a result of these sessions _____ is clearer as to how she/he might be able to change.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

26. _____ and I have built a mutual trust.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

27. _____ and I have different ideas on what his/her real problems are.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

28. Our relationship is important to _____.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

29. _____ has some fears that if she/he says or does the wrong things, I will stop working with him/her.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

30. _____ and I have collaborated in setting goals for these session(s).

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

31. _____ is frustrated by what I am asking her/him to do in therapy.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

32. We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

33. The things that we are doing in therapy don't make much sense to _____.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

34. _____ doesn't know what to expect as the result of therapy.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

35. _____ believes the way we are working with her/his problem is correct.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

36. I respect _____ even when he/she does things that I do not approve of.

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very often	Always

SCORING KEY FOR THE WAI

(Revised T & C forms)

Note : Items with negative (-) polarity should be reversed scored.

TASK scale : 2, 4, 7, 11 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Polarity + + - - + - + + + - - +

BOND scale : 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

Polarity - + + + + - + + + + - +

GOAL scale : 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Polarity - + - - - + + + - + + -

Working Alliance Inventory

Formulaire T

Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « **toujours** », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « **jamais** », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL** ; le patient ne verra pas vos réponses.

Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.

(N'OUBLIEZ PAS DE REPONDRE A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAÎT)

Merci pour votre participation

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Je crois que _____ m'apprécie.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

19. _____ et moi nous respectons mutuellement.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

21. J'ai confiance en mes capacités à aider _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

23. J'apprécie _____ en tant que personne.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

25. Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Notre relation est importante pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

36. Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

GRILLE DE COTATION POUR LE WAI

(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note : les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle
« TACHE » 2, 4, 7, 11 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Signe + + - - + - + + + - - +

Echelle
« LIEN » 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

Signe - + + + + - + + + + - +

Echelle
« OBJECTIF » 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Signe - + - - - + + + - + + -

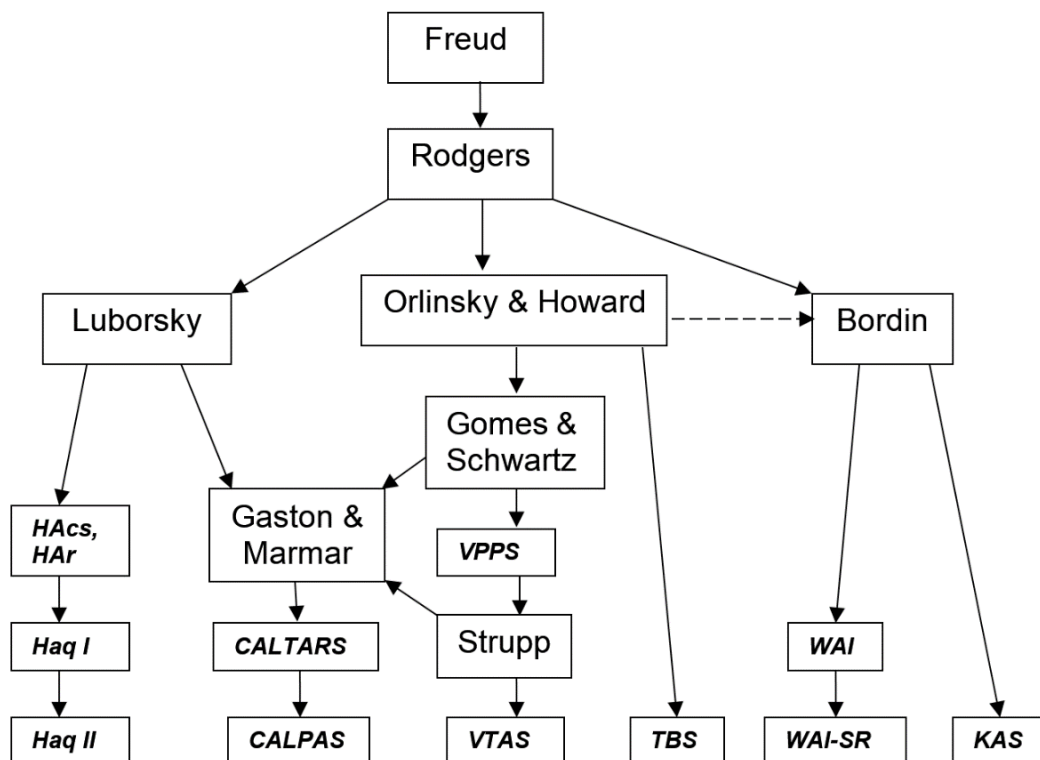
Généalogie du concept de l'alliance thérapeutique

Le concept d'AT a été développé majoritairement dans le champ de la psychothérapie et psychiatrie.

- Freud (1913) : il était le premier à évoquer la notion de collaboration comme facteur nécessaire dans le processus thérapeutique, la motivation du patient étant essentielle. Il a développé également le concept du transfert, qui induit une coopération et un attachement bénéfique entre le médecin et le patient.
- Roger (1951) : il a décrit les conditions idéales facilitatrices proposées par le thérapeute (empathie, congruence, regard positif), dans une approche centrée sur le patient. Il a étendu les recherches sur la relation thérapeutique en psychothérapie humaniste.
- Zetzel (1956) : selon lui l'alliance était une composante non transférentielle, elle dépendait de la capacité à former une relation de confiance stable (enracinée dans la formation des relations précoces entre le jeune enfant et ses parents).
- Greenson (1967) : il définissait l'alliance de travail ou alliance thérapeutique comme la collaboration active entre le patient et le thérapeute vers l'objectif visé.
- Strong (1968) : il a approfondi l'influence interpersonnelle, la relation de conseil et les conditions idéales offertes par le thérapeute.
- Orlinsky & Howard (1975) : ils ont étudié de manière empirique le concept d'empathie et autres facteurs prédisant l'issue thérapeutique. Après une synthèse des résultats, ils ont proposé trois dimensions de l'alliance : l'alliance de travail (investissement du patient et du thérapeute dans le processus thérapeutique), la résonance empathique et l'affirmation mutuelle (proche du « regard positif » de Rogers).
- Bordin (1975) : il a créé une nouvelle conceptualisation de l'alliance dans l'objectif d'une approche pan-théorique. Basée sur la théorie de Greenson prônant la collaboration dans la thérapie, il a réécrit les trois dimensions d'Orlinsky et Howard en trois autres composantes :
 - o accord du patient et du thérapeute sur les objectifs du traitement (Goal)
 - o accord sur les moyens pour y parvenir (Task)
 - o développement d'un lien entre eux, dont la qualité permet de négocier un accord sur les tâches et les objectifs de la thérapie (Bond)
- Luborsky (1976) : s'appuyant sur les définitions de Strong et Zetzel, il a décrit deux dimensions à l'alliance :
 - o Le thérapeute est considéré par le patient comme une potentielle source d'aide et de soin.

- o L'expérience du processus thérapeutique par le patient comme un partenariat avec le médecin vers les objectifs fixés.
- Gaston (1990) : il a isolé quatre facteurs indépendants de l'alliance :
 - o La capacité du patient à travailler délibérément en thérapie,
 - o Le lien affectif unissant patient et thérapeute,
 - o La compréhension et l'implication empathique du thérapeute,
 - o L'accord partagé par le patient et le thérapeute sur les buts du suivi.
- Kim (2001) : il a ajouté la notion d'autonomisation du patient aux quatre facteurs de Gaston.

Figure : Généalogie des théories de l'alliance thérapeutique



Courriel d'invitation aux experts

Objet : Thèse de médecine générale sur l'alliance thérapeutique, invitation à participer à un groupe d'experts

Mesdames et Messieurs les Professeurs, Docteurs, et Internes,

Interne en 6^{ème} semestre de médecine générale à Brest, je réalise ma thèse sur la traduction anglais-français d'une échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique (le Working Alliance Inventory = WAI) selon une méthode Delphi.

Ce travail s'inscrit dans un projet du conseil de faculté et du département de médecine générale de Brest, avec comme but final l'amélioration de la formation à la communication des étudiants en médecine de Brest. Une première thèse, soutenue par Pierre Marie Noël, a recensé 6 échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique via une revue de la littérature. Une seconde, soutenue par Anna Letissier, a sélectionné le WAI comme outil le plus fiable et reproductible via une méthode de consensus Rand/UCLA. L'utilisation d'une méthode de consensus référencée pour sa traduction permettra la transférabilité des valeurs de validité interne et externe de la version anglaise à la version française.

Tout d'abord nous effectuerons une traduction commune en groupe de thèse. Ensuite nous réaliserons une ronde Delphi : envoi par courriel des deux versions à un groupe d'expert (pédagogues de la faculté ayant publié en anglais et internes en médecine), évaluant individuellement l'équivalence des items traduits. Une fois le consensus établi, une traduction retour sera faite par deux traducteurs professionnels et sera comparée à la version originale. Enfin l'accord sera demandé à l'auteur d'origine.

Je m'adresse à vous pour vous proposer de faire partie du groupe d'expert. Votre participation consisterait à répondre par courriel, en notant votre accord de 1 à 9 pour la traduction des 36 items de la version thérapeute du WAI, avec commentaire pour toute note inférieure à 7.

Je suis à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire. Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Yohann ALIX

Courriel d'invitation aux experts tour n°1

Objet : Thèse de médecine générale sur l'alliance thérapeutique, ronde Delphi

Mesdames et Messieurs les Professeurs, Docteurs, et Internes,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse. Suite à vos réponses positives, nous allons pouvoir débiter une ronde Delphi modifiée pour obtenir un consensus sur la traduction d'anglais en français de la version longue thérapeute du Working Alliance Inventory.

Une traduction a été réalisée collégialement en groupe de thèse avec 5 internes en médecine générale, un professeur universitaire et deux personnes bilingues. Le contexte culturel a été pris en compte et une adaptation a été faite pour l'utilisation dans la formation initiale des étudiants en médecine (le WAI étant créé en Amérique du nord pour une utilisation en psychothérapie).

L'étape actuelle consiste à garantir l'adaptation culturelle et le maintien des valeurs de validité de l'outil via une méthode de consensus.

Il est demandé à chaque expert d'évaluer l'équivalence de la traduction de chaque item via une échelle de Likert. La cotation de cette échelle s'étend de 1 (désaccord total) à 9 (accord total). Pour chaque score inférieur à 7, leurs remarques et opinions doivent être indiquées. Le consensus est atteint lorsqu'au moins 70% des participants évaluent l'équivalence à un score supérieur ou égal à 7.

Entre chaque tour, les discordances sont prises en compte. Les suggestions des experts sont intégrées dans l'évolution de la traduction, avant de soumettre la nouvelle version.

Le processus est ainsi poursuivi jusqu'à l'atteinte d'un consensus final.

La traduction consensuelle sera ensuite soumise à deux traducteurs professionnels pour une traduction retour en Anglais. La version originale, la version traduite en Français, et la traduction retour en Anglais seront envoyées à l'auteur pour recevoir son approbation.

Vous trouverez ci-joints :

- Questionnaire avec échelle de Likert, à remplir par chaque expert.
- Justification de l'étude avec bibliographie
- Explications sur le WAI avec bibliographie
- Version originale du WAI et version traduite, séparément, pour consultation

Je reste disponible pour toute information complémentaire.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

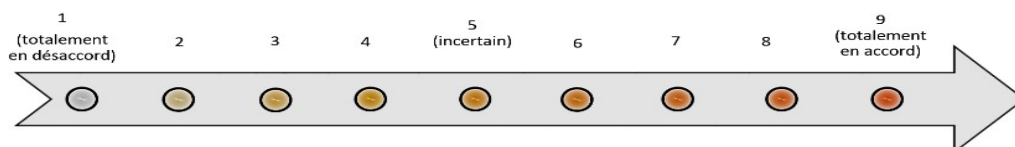
Yohann ALIX

Questionnaires ronde Delphi n°1

Questionnaire experts

Le questionnaire ci-dessous vous permet de coter votre degré d'accord sur l'équivalence de la traduction de chaque item via une échelle de Likert. Vous pouvez le nuancer entre 1 point (totalement en désaccord), 5 points (incertain, sans avis), et 9 points (totalement en accord).

Echelle de Likert à 9 points :



Les instructions sont considérées comme étant un item, tout comme la grille de cotation.

Pour toute note inférieure à 7, il vous est demandé d'indiquer un commentaire.

Merci également de bien vouloir renseigner le questionnaire sur les caractéristiques des experts, pour la méthodologie de l'étude :

- Spécialité, et qualité d'enseignant :
- Nombre d'année de pratique :
- Age :
- Sexe :
- Nombre de publication en anglais et français pour les séniors, et niveau d'anglais lu-écrit-parlé pour les internes :

Item instructions:

▪ Working Alliance Inventory T Form Instructions

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her client.

As you read the sentences mentally insert the name of your client in place of _____ in the text

Below each statement inside there is a seven point scale :

1	2	3	4	5	6	7
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always

If the statement describes the way you **always** feel (or think) circle the number 7; if it **never** applies to you circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is **CONFIDENTIAL**; neither your therapist nor the agency will see your answers.

Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.

(PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO **EVERY** ITEM.)

Thank you for your cooperation.

▪ Working Alliance Inventory Formulaire T Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellemen t	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « **toujours** », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « **jamais** », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL** ; le patient ne verra pas vos réponses.
Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.
(N'OUBLIEZ PAS DE REPONDRE A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAÎT)
Merci pour votre participation

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 1:

- I feel uncomfortable with _____.
- Je me sens mal à l'aise avec _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 2:

- _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation.
- _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 3 :

- I have some concerns about the outcome of these sessions.
- J'ai quelques inquiétudes au sujet des résultats des consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 4 :

- My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy.
- Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 5 :

- I feel I really understand _____.
- J'ai l'impression de réellement comprendre _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 6 :

- _____ and I have a common perception of her/his goals.
- _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 7 :

- _____ finds what we are doing in therapy confusing.
- _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 8 :

- I believe _____ likes me.
- Je crois que _____ m'apprécie.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 9 :

- I sense a need to clarify the purpose of our session(s) for _____.
- Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations avec _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 10 :

- I have some disagreements with _____ about the goals of these sessions.
- J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 11 :

- I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.
- Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas optimisé.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 12 :

- I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy.
- J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 13 :

- I am clear and explicit about what _____'s responsibilities are in therapy.
- Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 14 :

- The current goals of these sessions are important for _____.
- Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 15 :

- I find what _____ and I are doing in therapy is unrelated to her/his current concerns.
- Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 16 :

- I feel confident that the things we do in therapy will help _____ to accomplish the changes that he/she desires.
- Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 17 :

- I am genuinely concerned for _____'s welfare.
- Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 18 :

- I am clear as to what I expect _____ to do in these sessions.
- Je sais clairement ce que j'attends que _____ fasse durant les consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 19 :

- _____ and I respect each other.
- _____ et moi nous nous respectons.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 20 :

- I feel that I am not totally honest about my feelings toward _____.
- J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 21 :

- I am confident in my ability to help _____.
- J'ai confiance en mes capacités à aider _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 22 :

- We are working towards mutually agreed upon goals.
- Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 23 :

- I appreciate _____ as a person.
- J'apprécie _____ en tant que personne.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 24 :

- We agree on what is important for _____ to work on.
- Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 25 :

- As a result of these sessions _____ is clearer as to how she/he might be able to change.
- Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 26 :

- _____ and I have built a mutual trust.
- _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 27 :

- _____ and I have different ideas on what his/her real problems are.
- _____ et moi avons des conceptions différentes sur ce que sont ses véritables problèmes.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 28 :

- Our relationship is important to _____.
- Notre relation est importante pour _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 29 :

- _____ has some fears that if she/he says or does the wrong things, I will stop working with him/her.
- _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 30 :

- _____ and I have collaborated in setting goals for these session(s).
- _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 31 :

- _____ is frustrated by what I am asking her/him to do in therapy.
- _____ est frustré par ce que je lui demande de faire pendant les soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 32 :

- We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____.
- Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 33 :

- The things that we are doing in therapy don't make much sense to _____.
- Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 34 :

- _____ doesn't know what to expect as the result of therapy.
- _____ ne sait pas à quoi s'attendre comme résultat des soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 35:

- _____ believes the way we are working with her/his problem is correct.
- _____ croit que la manière que nous avons de nous occuper de son problème est satisfaisante.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 36:

- I respect _____ even when he/she does things that I do not approve of.
- Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item Grille de cotation :

▪ SCORING KEY FOR THE WAI
(Revised Version T & C forms)

Note: Items with negative (-) polarity should be reverse scored

TASK scale	2,	4,	7,	11,	13,	15,	16,	18,	24,	31,	33,	35,
Polarity	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+
BOND scale	1,	5,	8,	17,	19,	20,	21,	23,	26,	28,	29,	36,
Polarity	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
GOAL scale	3,	6,	9,	10,	12,	14,	22,	25,	27,	30,	32,	34,
Polarity	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-

▪ GRILLE DE COTATION POUR LE WAI
(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note: les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle « TÂCHE »	2,	4,	7,	11,	13,	15,	16,	18,	24,	31,	33,	35,
Signe	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+
Echelle « LIEN »	1,	5,	8,	17,	19,	20,	21,	23,	26,	28,	29,	36,
Signe	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
Echelle « OBJECTIF »	3,	6,	9,	10,	12,	14,	22,	25,	27,	30,	32,	34,
Signe	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Courriel d'invitation aux experts tour n°2

Objet : Thèse de médecine générale sur l'alliance thérapeutique, 2^{ème} tour ronde Delphi

Mesdames et Messieurs les Professeurs, Docteurs, et Internes,

Je m'adresse à nouveau à vous concernant mon sujet de thèse sur la traduction aller-retour anglais-français de l'échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique WAI. Vous avez activement participé à ce travail et je vous en remercie.

La première étape de la ronde Delphi a permis de valider un consensus pour 28 des 38 traductions d'items proposées.

Ce deuxième tour de la ronde Delphi vise à obtenir un consensus pour les 10 items restants.

L'item original en anglais et la première proposition de traduction sont rappelés. Les notes obtenues au 1^{er} tour vous sont présentées, ainsi que les commentaires en rapport.

Chaque traduction a été retravaillée. Une nouvelle version vous est proposée

Il vous est alors demandé d'évaluer votre degré d'accord sur l'équivalence des traductions, via une échelle de Likert à 9 points.

Je reste disponible pour toute information complémentaire.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

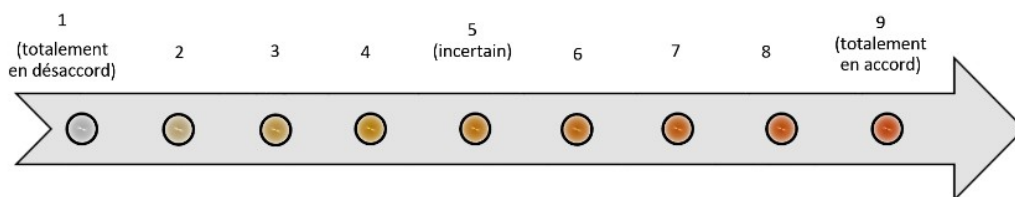
Yohann ALIX

Questionnaires ronde Delphi n°2

Questionnaire experts – 2ème tour

Le questionnaire ci-dessous vous permet de coter votre degré d'accord sur l'équivalence de la traduction de chaque item via une échelle de Likert. Vous pouvez le nuancer entre 1 point (totalement en désaccord), 5 points (incertain, sans avis), et 9 points (totalement en accord).

Echelle de Likert à 9 points :



Pour toute note inférieure à 7, il vous est demandé d'indiquer un commentaire.

Item 3 :

- I have some concerns about the outcome of these sessions.
- J'ai quelques inquiétudes au sujet des résultats des consultations.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
					4	2	2	1	55,56

Commentaires :

- "de ces consultations" plutôt que "des consultations" et doute sur une traduction trop littérale de "outcome" par "résultats" --> "ce qui ressort/résulte de" ?
- these sessions veut dire de ces consultations
- "Du" et non "des" résultats? Résultat est-il le terme adéquate? Plus que le résultat (résultat comme un résultat attendu et déjà connu), ça n'est pas l'issue ou le dénouement des consultations qui est en question. Mais ni l'un ni l'autre des deux termes ne semble convenir.
- quelques incertitudes

Nouvelle proposition :

- J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 9 :

- I sense a need to clarify the purpose of our session(s) for _____.
- Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations avec _____.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
				1	3		1	4	55,56

Commentaires :

- "avec" me semble changer le sens de la phrase puisque dans la version anglaise le médecin semble faire le travail de clarification pour son patient alors que la version française paraît plus "participative" --> s'en tenir à "pour" ou "auprès de"?
- Je me pose la question de savoir si le thérapeute ne veut pas dire qu'il a le sentiment qu'il faut qu'il éclaire les objectifs POUR son patient (car celui-ci ne comprend pas ou le binôme va...) d'où l'utilisation de for et non de with.
- Pour ou avec?
- Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations dans l'objectif de ...

Nouvelle proposition :

- Je ressens le besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 11 :

- I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.
- Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas optimisé.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
				1	2	1	4	1	66,67

Commentaires :

- n'est pas efficace ?
- n'est pas efficace à la place de n'est pas optimisé
- « efficace » ou « efficient » plutôt que optimisé

Nouvelle proposition :

- Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 18 :

- I am clear as to what I expect _____ to do in these sessions.
- Je sais clairement ce que j'attends que _____ fasse durant les consultations.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
					3	1	1	4	66,67

Commentaires :

- simplifier en "ce que j'attends de... durant les consultations"?
- je sais clairement quelle action j'attends de _____ pendant Ces consultations ?
- J'identifie précisément ce que j'attends que fasse durant les consultations.

Nouvelle proposition :

- Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 19 :

- _____ and I respect each other.
- _____ et moi nous nous respectons.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
			1		2	1	2	4	66,67

Commentaires :

- un "nous" en trop car "... et moi" constitue déjà un sujet... Sinon mettre une virgule après "moi"
- et nous nous respectons
- _____ et moi nous respectons mutuellement

Nouvelle proposition :

- _____ et moi nous respectons mutuellement.

Score /9:**Commentaire** (si note<7):**Item 22 :**

- We are working towards mutually agreed upon goals.
- Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
			1		3	1	2	2 55,56	

Commentaires :

- nous travaillons pour définir des objectifs communs
- nous travaillons ensemble sur les objectifs
- Nous travaillons "à" un accord commun "a propos" des objectifs des consultations ?
- Nous travaillons pour un accord commun sur les objectifs à atteindre

Nouvelle proposition :

- Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.

Score /9:**Commentaire** (si note<7):**Item 27 :**

- _____ and I have different ideas on what his/her real problems are.
- _____ et moi avons des conceptions différentes sur ce que sont ses véritables problèmes.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
					3		2	4	66,67

Commentaires :

- plutôt opinions ?
- "Des conceptions différentes de..." ou "des idées différentes sur"?
- ...une conception différente de ce que sont ses véritables problèmes?

Nouvelle proposition :

- _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.

Score /9:**Commentaire** (si note<7):**Item 31 :**

- _____ is frustrated by what I am asking her/him to do in therapy.
- _____ est frustré par ce que je lui demande de faire pendant les soins.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
			1		3	1	1	3	55,56

Commentaires :

- déçu plutôt que frustré ?

- pendant les soins : "pour se traiter ?" "pour se soigner" ? le mot soin porte à confusion ici, il me fait penser au comportement du patient pendant des soins infirmiers. Tandis que le mot "therapy" fait plus référence au traitement en général
- "frustré"/"faire pendant les soins" a une connotation sexuelle. est déçu par ce que je lui demande de faire pour sa santé
- est frustré par ce que je lui demande de réaliser pendant son programme de soins

Nouvelle proposition :

- _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 34 :

- _____ doesn't know what to expect as the result of therapy.
- _____ ne sait pas à quoi s'attendre comme résultat des soins.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
					3	1	2	3	66,67

Commentaires :

- "ne sait pas quel résultat attendre des soins"?
- ne sait pas quels résultats attendre des soins.
- ne sait pas qu'attendre comme résultat de son programme de soins

Nouvelle proposition :

- _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Item 35:

- _____ believes the way we are working with her/his problem is correct.
- _____ croit que la manière que nous avons de nous occuper de son problème est satisfaisante.

Scores :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	% note ≥ 7
					3	1	1	4	66,67

Commentaires :

- "la manière dont nous nous occupons"?
- croit que la manière selon laquelle nous travaillons ensemble est satisfaisante
- croit que la manière dont nous nous occupons de son problème

Nouvelle proposition :

- _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.

Score /9:

Commentaire (si note<7):

Object : Thesis work in France dealing with the Working Alliance Inventory

Dear Professor Horvath,

I am a French family medicine resident, in Brest. I am contacting you in order to receive your consent about my thesis work, which deals with the Working Alliance Inventory.

A first student from my medical school was interested in the therapeutic alliance. His thesis work consisted in a systematic literature review to collect scales that could be used in medical studies. He identified 6 different scales.

A second one wanted to find the most validated scale (according to reproducibility, reliability and ergonomics) using a RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM). In conclusion to her thesis work, a consensus for the WAI (long form) was achieved.

Then, the goal of my thesis work was to translate the long form of WAI therapist's version into French. We used a forward-backward translation and a Delphi consensus method to obtain the transferability of the WAI's reliability and validity properties.

First, an 8 people research group (5 family medicine resident, 1 family medicine professor, 2 French native bilingual persons) performed the forward translation. Adaptations were made to extend the use of the scale to general medicine practice. We also paid attention to cross-cultural adaptation.

This translation was submitted to a Delphi consensus method (anonymously, by e-mail). 9 residents and physicians were selected from the university hospital of Brest. The first round validated the translation of the instructions, the scoring key and 26 items. We reworked the 10 remaining items. After the second round, a full consensus was obtained.

The final French translation was back-translated by a professional translator, without any information about the original English version or about therapeutic alliance.

The following thesis work should check the properties of our WAI's French translation.

Please find enclosed your original long form of the WAI, our French translation after consensus and the back-translation.

I remain at your entire disposal for any clarification or documentary proof which you might require.

Thank you for your attention to my work, best regards,

Yohann ALIX

ALIX (Yohann) – Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi

Thèse : Médecine : BREST 2015

RESUME :

Introduction : L'alliance thérapeutique (AT) est une réponse pertinente aux problèmes d'observance thérapeutique et au manque d'information exprimé par les patients. Un groupe de recherche de la faculté de médecine de Brest travaille à l'obtention d'un outil de formation à l'AT pour ses étudiants. Une revue systématique de la littérature et une RAND/UCLA Appropriateness Method ont déterminé le Working Alliance Inventory (WAI) comme échelle la plus appropriée pour évaluer l'AT (selon sa reproductibilité et sa fiabilité). L'objectif de l'étude était de traduire en français la version thérapeute du WAI suivant une méthode référencée et validée.

Méthode : Un groupe de recherche associant thérapeutes et personnes bilingues produisait une traduction aller. Elle ne devait pas être littérale, mais orientée pour la formation de thérapeutes somatiques et adaptée au contexte socio-culturel français. Une méthode de consensus Delphi était appliquée pour garantir la transférabilité des qualités de l'outil. Les experts étaient des médecins pédagogues du centre hospitalo-universitaire de Brest, maîtrisant l'anglais. Après consensus, un traducteur professionnel réalisait une traduction retour pour s'assurer de l'équivalence linguistique. L'accord de l'auteur original du WAI était demandé.

Résultats : Une traduction aller adaptée a été réalisée. Neuf Experts ont participé à la méthode Delphi. Un consensus final a été atteint à la fin du 2^{ème} tour. La traduction retour en anglais a été produite par un traducteur professionnel.

Conclusion : Une traduction française de la version thérapeute du WAI selon une méthode validée est désormais disponible. Elle peut être utilisée comme instrument pédagogique pour la sensibilisation et la formation des étudiants en médecine à l'AT.

MOTS CLES :

ALLIANCE THERAPEUTIQUE
WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI)
TRADUCTION
FRANCAIS
METHODE DELPHI

JURY :

Président : Pr Christian BERTHOU

Membres : Pr Jean-Yves LE RESTE
Dr Jeremy DERRIENNIC

DATE DE SOUTENANCE :

30 Avril 2015